



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DEL MOLISE

Il sottoscritto _____ iscritto al ____ anno del Corso di Laurea in
Medicina e Chirurgia coorte _____ matricola _____
Mail: _____@studenti.unimol.it cell. _____

CHIEDE

Di essere ammesso alla verbalizzazione del tirocinio curricolare relativo al _____ anno di corso.

Consapevole che le dichiarazioni mendaci sono punite ai sensi del Codice penale e delle leggi speciali in materia (ai sensi di quanto disposto dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000):

DICHIARA

Di aver acquisito un totale di _____ ore di tirocinio curricolare così divise:

- Tirocinio presso strutture ospedaliere¹: _____ ore
- Tirocinio telematico acquisito in modalità telematica²: _____ ore

¹Allegare fogli firmati e timbrati dal medico tutor.

²Compilare il modulo allegato

³Indicare se Tirocinio o AFASS. Per le attività AFASS indicare il titolo.

⁴ Per gli incontri di Tirocinio indicare nella stessa casella le date di entrambi gli incontri

⁵Indicare M(Medica), C(Chirurgica), P(Pediatria), G (Ginecologia)

	Tipologia attività ³	Docente	Data ⁴	Area ⁵ e Valenza in ore
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				
11)				
12)				
13)				
14)				
15)				
16)				
17)				
18)				
19)				
20)				
21)				
22)				
23)				
24)				
25)				
26)				
27)				
28)				
29)				
30)				

Data

Firma*

*) Qualora la dichiarazione non sia sottoscritta davanti al dipendente addetto a ricevere la documentazione, **deve essere accompagnata da fotocopia di un valido documento di riconoscimento** (art. 38D.P.R. 445 del 28.12.2000).

Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: I dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per il quale sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.